Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Marburg
Direktor: Prof. Dr. Klewitz

Die Ulcuskrankheit der Bevölkerung Marburgs und der umliegenden Kreise

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades in der Gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Walter Kunstreich
aus Westochtersum (Ostfriesland)

Marburg-Lahn 1939
Universitäts-Buchdruckerei Joh. Aug. Koch (Dr. C. Hitzeroth) in Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg
am 27. September 1939

Referent: Prof. Dr. Klewitz

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Ulcuskrankheit der Bevölkerung Marburgs und der umliegenden Kreise.

Die Geschwürserkrankung des Magens und des Zwölffingerdarms gehört zweifellos zu den wichtigsten Erkrankungen des Verdauungstractus. Das Interesse an diesem Leiden ist deshalb seit seiner Erkennung in ständigem Wachsen begriffen. Der Streit über die Entstehungsursachen wird seit Jahrzehnten unvermindert heftig geführt, ohne daß abzusehen wäre, wo und wann hier ein einmütiges Ergebnis erzielt werden könnte. Es ergibt sich ohne weiteres, daß damit in dem Bestreben um eine kausale Therapie die Behandlungsmethoden immer wieder im Mittelpunkt der Eröterungen stehen. Nur in der Diagnostik hat der Fortschritt und die Erweiterung des Röntgenverfahrens zu einer fast vollkommenen Befriedigung geführt. In den letzten Jahrzehnten ist das Schrifttum über all diese Fragen in path.-anatomischer, klinischer und experimenteller Hinsicht ins fast Unübersehbare gewachsen.

Verschwindend sind daneben die Stimmen, die das Ulcusproblem in seiner sozialhygienischen Bedeutung herausstellen. Kalk [1]) macht im Jahre 1931 darauf aufmerksam, daß die Auswirkungen dieses Leidens für die Träger und für die menschliche Gesellschaft erhebliche sind, weil es die Arbeitskraft des Menschen in dem Alter der höchsten Schaffenskraft untergräbt und glaubt gleichzeitig eine Häufung in den letzten Jahren feststellen zu können. Auch andere Autoren weisen auf das Anwachsen des Geschwürsleidens seit den Nachkriegsjahren hin, das nicht allein durch die Vervollkommnung der Diagnostik erklärt werden könne. So Ehrmann [2]), der seine Feststellungen an einem großen Obduktionsmaterial macht, wobei er gleichzeitig auf die Entstehungsursachen eingeht und mechanischen Ursachen eine erhebliche Rolle beimessen zu müssen glaubt. (Druck von Koppel und anderen einschnürenden Kleidungsstücken, Druck der veränderten Wirbelsäule bei Kyphoskoliotikern, Druck durch gegen den Bauch gehaltene Gegenstände bei Arbeitern. Auch die mechanische Beanspruchung der Magenwand durch die großen, kalorienarmen Kostmengen der Kriegs- und Nachkriegszeit erwähnt er in diesem Zusammenhang und zieht die Besserung dieser Verhält-

nisse als erklärenden Grund für das Nachlassen der Geschwürshäufung im Jahre 1924 heran).

In den letzten Jahren nun mehren sich die Untersuchungen, die ihr Interesse der sozialen Bedeutung des Ulcusproblems zuwenden. Stursberg [3]) zeigt, wie die soziale Lage der Geschwürskranken für den Erfolg einer Behandlung von entscheidender Bedeutung ist. Die Einhaltung einer Schonkost, die gerade in Arbeiterkreisen und vor allem bei unverheirateten Kranken auf große Schwierigkeiten stößt, weiter die Vermeidung von schwerer Arbeit noch längere Zeit nach einer Ulcuskur — in erster Linie aus dem Grunde, weil eine kalorienarme Schonkost mit den Ansprüchen eines Schwerarbeiters nicht in Einklang zu bringen ist — sind Forderungen, die eine Kur erst erfolgreich gestalten können. Sein Vorschlag, in Anlehnung an die schon bestehende Fürsorgeeinrichtung Tuberkulosekranker eine ähnliche Betreuung der Geschwürskranken zu schaffen, in der eine Schädigung durch ungeeignete Arbeit vermieden und die Schaffung einer geeigneten Kost garantiert wird, verdient deshalb größte Beachtung.

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen, was Arbeit und Ernährung und diese in ihrer großen Abhängigkeit voneinander betrifft, kommt auch Pleimes [4]), der als Vertrauensarzt einer Krankenkasse Gelegenheit hatte, ein großes Krankengut in Nachuntersuchungen zu sehen. Er weist auf die besonderen Ernährungsverhältnisse vieler Arbeiter hin, auf den Mangel an warmem, regelmäßigem Essen und auf die kurzen Arbeitspausen, in denen die Mahlzeiten eingenommen werden müssen. Auch er tritt für eine lange Nachbehandlung ein, während der dem Kranken schwere Arbeit erspart und ihm eine ganz geregelte Schonkost gegeben wird. Rein statistische Erhebungen von Duesberg [5]) zeitigten ähnliche Ergebnisse. Bei 125 Kranken mit pylorusnahem Ulcus ergaben anamnestische Rückfrage in 4/5 der Fälle das Fehlen einer Mittagspause, oder es wurde eine Pause von höchstens 30 Minuten Dauer festgestellt. Bei Personen, die in ähnlicher Arbeit eine ausreichende Mittagspause einhielten, fand er keine Hinweise auf eine gehäufte Geschwürserkrankung

Interessant sind auch die Beobachtungen Schellongs [6]), die er ausschließlich an ostpreußischen Bauarbeitern machen konnte. In der ungeregelten Ernährungsweise — den Tag über Wurst und Brot, abends nach der Arbeit erst warmes Essen — glaubt er einen die

Geschwürskrankheit begünstigenden Faktor erblicken zu können. Daneben stellte er bei fast allen Ulcusträgern einen hohen Tabakverbrauch fest. Er kommt zu dem Schluß, daß weniger die Bauarbeit an sich, wohl aber die schlechten allgemeinen unhygienischen Lebensgewohnheiten der Arbeiter das außerordentlich häufige Vorkommen der Ulcera unter den Bauarbeitern seines beobachteten Bezirkes ausschlaggebend bedingen. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert die Ansicht des Italieners Castellani [7]), die er nach Beobachtung und Untersuchung von 250 Eisenbahnarbeitern entwickelt. Er glaubt in einigen Berufen, wobei er neben den Eisenbahnern auch die Schuhmacher nennt, ulcusbegünstigende Momente erblicken zu können. Dabei stellt er wie Schellong [6]) weniger die Arbeit als die Ernährungsweise, den Nikotin- und Alkoholabusus der Eisenbahner in den Vordergrund. Er betont aber gleichzeitig, daß diese Faktoren allein kein Ulcus verursachen können, daß vielmehr dafür wichtig der Einfluß eines konstitutionellen, vegetativ labilen Nervensytems ist.

Nicht unerwähnt sei hier eine Arbeit von Davids, Daniel und Wilson [8]), die in 84% ihres Untersuchungsmaterials das Auftreten von Ulcussymptomen im Anschluß an wirtschaftliche oder berufliche Veränderungen feststellen konnten. Sie messen jedoch seelischen Einflüssen noch stärkere Bedeutung bei und lassen dieser Feststellung eine psychologische Beschreibung ihrer Ulcuskranken folgen.

Es soll nun in dieser Arbeit versucht werden, die Zusammenhänge zwischen Ulcuskrankheit und Beruf und damit auch die Abhängigkeit von der Ernährungsweise in einem statistischen Material näher kennen zu lernen. Gleichzeitig soll dabei das Erkrankungsalter eine besondere Berücksichtigung erfahren und in tabellarischen Zusammenstellungen veranschaulicht werden. Erfaßt wurde das Material nach den Akten und Aufzeichnungen der allgemeinen Ortskrankenkassen von Marburg Stadt und Land und Kirchhain, der Landkrankenkasse für den Landkreis Marburg und der allgemeinen Ortskrankenkassen Biedenkopf und Gladenbach in den Jahren 1933 bis 1938. Auf die Zeit vor 1933 wurde wegen der damals bei dem ungenügenden Ausbau des Röntgenverfahrens noch herrschenden diagnostischen Schwierigkeiten und Unsicherheiten verzichtet. In Ergänzung und Erweiterung dieses Krankengutes der R. O. V.-Kassen

wurden weiterhin alle Ulcusfälle der Privatpraxis von Herrn Prof. Dr. Klewitz, Marburg ebenfalls aus der Zeit von 1933—38 zusammengestellt, und so die Gegenüberstellung von Berufsgruppen mit ganz verschiedener Lebensstellung und Lebenshaltung ermöglicht. Bei der Errechnnng des Alters wurde mit Rücksicht auf die Chronizität des Leidens das früheste Erkrankungsdatum verwendet, um eine doppelte oder mehrfache Erfassung zu vermeiden. Die Abweichungen in den Gesamtzahlenangaben bei den Alters- und Berufstabellen erklären sich aus Lücken in den personellen Angaben der Unterlagen. Die erfaßten Fälle belaufen sich bei den Kassen auf 475, die Fälle der Privatpraxis betragen 97, zusammen also 572 Fälle,

Unter den 475 Fällen der Kassen befinden sich 104 Frauen und 371 Männer, während die 97 Fälle der Privatpraxis sich auf 26 Frauen und 71 Männer verteilen. Das ergibt einmal ein Verhältnis von 1:2,7, das andere Mal von 1:3,5. Diese Ergebnisse lassen sich täglich durch die Beobachtungen unserer Klinik bestätigen. Sie stimmen auch mit den neueren Angaben des Schrifttums überein. Das Geschwürsleiden ist ganz vorwiegend eine Erkrankung der Männer. Damit dürfte ein Hinweis darauf gegeben sein, das in dem Ulcusproblem sicherlich Berufsfragen in ihren ganzen sozialen und hygienischen Auswirkungen eine wesentliche Rolle spielen. Was den Sitz des Geschwürs betrifft, so ist das Verhältnis von Ulcus duodeni zu Ulcus ventriculi bei den Fällen der Kassen annähernd 1:1 (235 Fälle von Ulc. duod. zu 245 Fällen von Ulc. ventr.). Wenn dies im Gegensatz zu der Behauptung vieler Autoren (Alsted[9]), Kalk[1]) u. a.) zu stehen scheint, daß das Geschwür des Zwölffingerdarms wesentlich häufiger als das des Magens sei und in den letzten Jahren bedeutend zunehme, so ist dabei zu berücksichtigen, daß bei den Aufzeichnungen der Kassen warscheinlich nicht immer eine strenge Unterscheidung zwischen Ulc. duod. und Ulc. ventr. gemacht wurde, vielmehr oft summarisch ein Geschwürsleiden als Magengeschwür registriert wurde. Für einen Vergleich mit den Angaben des Schrifttums fehlen unter dieser Berücksichtigung daher die sicheren und gleichen Voraussetzungen. Eine Uebereinstimmung mit den Literaturangaben läßt sich aber bei den Fällen der Privatpraxis feststellen, die in strenger Unterscheidung zwischen Ulc. duod. und Ulc. ventr. festgehalten wurden. Bei ihnen läßt sich ein Verhältnis von 1:1,7 zu Gunsten des Zwölffingerdarms errechnen (37 Magengeschwüre zu 60 am Zwölffingerdarm).

Auch nach den Erfahrungen unserer täglichen Kliniksfälle ist an dem häufigeren Vorkommen des Duodenalgeschwürs gegenüber dem Magengeschwür wohl nicht zu zweifeln.

Die Frage, in welchem Alter das Geschwürsleiden am häufigsten auftritt, ist lange strittig gewesen. 1931 glaubt Kalk [1]) sie nach seinen Beobachtungen dahingehend beantworten zu können, daß das jugendliche Alter am meisten beteiligt sei. Er nennt das dritte Lebensjahrzehnt, wobei eine Häufung gegen das 30. Lebensjahr festzustellen ist. Nach einer Statistik von Tammann u. Hugo [10]), die nach einem rein chirurgischen Krankengut aufgestellt wurde, liegt das Erkrankungsmaximum um das 35. Lebensjahr (gleichbleibende Höhe der Kurve nach schnellem Anstieg in den Jahren 25-35 mit langsamem, stetigem Abfall bis zum 70. Jahr). Zu gleichen Feststellungen kamen Mattisson [11]) und Schellong [6]).

Die Altersverteilung meines Krankengutes zeigt Tabelle I.

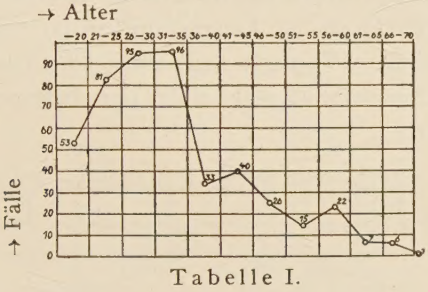


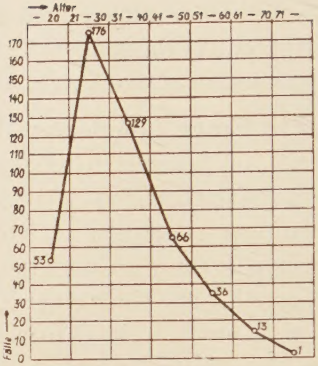
Tabelle I.

Alterskurve: Männer und Frauen.
(Ulcera ventriculi et ulcera duodeni)
Anzahl der Fälle 475.

Auffallend hoch ist das Einsetzen der Kurve vor dem 20. Lebensjahr. Sie zeigt weiterhin ein rasches Aufsteigen mit dem Gipfelpunkt beim 30. Lebensjahr und einen ganz steilen Abfall zum 4. Jahrzehnt, von wo sie mit kleinen Zacken beim 45. und 60. Lebensjahr langsam zum 70. Jahr absinkt. Dieser Verlauf stimmt ganz mit der schon einmal erwähnten Alterskurve von Tammann und Hugo und Schellong überein. Daß das Erkrankungsmaximum im dritten Lebensjahrzehnt liegt, zeigt deutlicher noch Tabelle II, bei der eine gedrängtere Zusammenfassung nach Lebensjahrzehnten (gegenüber Lebensjahrfünften der Tabelle I) vorgenommen wurde.

Tabelle II.

Alterskurve: Männer und Frauen.
(Ulcera ventriculi et ulcera duodeni)
475 Fälle der Kassen.



Um auch hier den Vergleich mit dem Krankengut der Privatpraxis zu haben, seien gleich die entsprechenden Alterskurven angeführt. Sie ergeben ein ganz anderes Bild. Die Zusammenfassung nach Jahrfünften (Tabelle III) zeigt zwar auch hier eine starke Beteiligung der 30er Jahre, ihren Gipfelpunkt erreicht aber die Kurve eindeutig gegen Ende des 5. Lebensjahrzehnts, was in der Jahrzehntenkurve (Tabelle IV) noch deutlicher zum Ausdruck kommt. Auf die kritische Auswertung soll bei der Berufsbesprechung zurückgekommen werden.

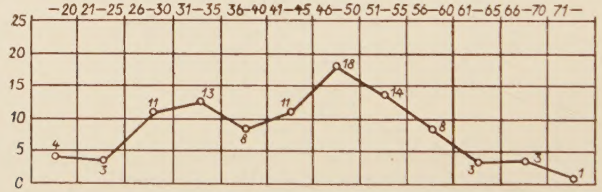
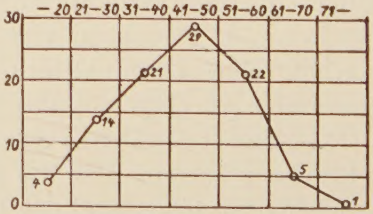


Tabelle III.

Alterskurve: Männer und Frauen. (Ulcus ventriculi et ulcus duodeni)
97 Fälle der Privatpraxis.

Tabelle IV.

Alterskurve: Männer und Frauen.
(Ulcus ventriculi et ulcus duodeni)
97 Fälle der Privatpraxis.



Es liegt nahe, zu untersuchen, ob der Alterskurvenverlauf bei den Geschlechtern Abweichungen von dem der Gesamtkurven er-

gibt. Auf der Kurve V sieht man, daß die Männerkurve einen im ganzen der Gesamtkurven entsprechenden Verlauf nimmt. Anders die Frauenkurve. Außerordentlich hoch ist der Beginn im 2. Lebensjahrzehnt (21 von 104 Fällen oder 21%) und bei 25 Jahren ist bereits der Gipfelpunkt erreicht. Nicht unerwähnt und unbeachtet soll weiterhin die kleine Zacke gegen Ende des 5. Jahrzehntes bleiben, da sie mit dem Klimkterium zusammenfällt. Wichtiger ist die nach diesen Kurven sich ergebende Feststellung, daß die erkrankten Frauen im ganzen jünger sind als die Männer. Hierbei besteht kein Unterschied zwischen dem Ulcus ventriculi und dem Ulcus duodeni, wie die entsprechend zusammengestellten Kurven der Tabellen Va und Vb zeigen. In allen liegt der Gipfel bei den Frauen um etwa 10 Jahre früher als bei den Männern.

Tabelle V.

Alterskurve: Männer — Frauen ..... (Ulcus ventriculi et ulcus duodeni) Fälle der Kassen.

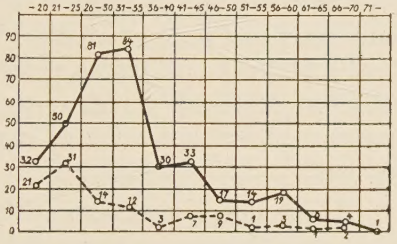


Tabelle Va.

Alterskurve: Ulcus ventriculi Frauen ..... Männer — Fälle der Kassen.

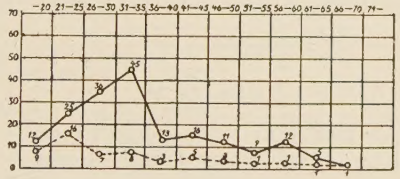
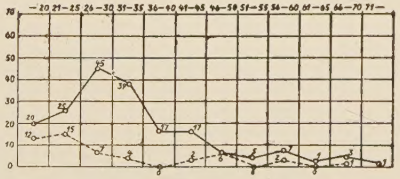


Tabelle Vb.

Alterskurve: Ulcus duodeni Frauen ..... Männer — Fälle der Kassen.



Im ganzen gesehen ergibt dieses Bild die Bevorzugung der jungen Jahrgänge, eine Feststellung, die mit erschütternder Deutlichkeit das Geschwürsleiden in seiner sozialen Bedeutung beleuchtet. In diesem Alter steht der Mann auf der Höhe seiner Schaffenskraft. Eine Krankheit, die in ihrer Behandlung langwierig

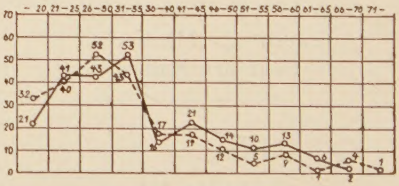
und schwierig, eine ausgesprochene Neigung zu Rückfällen und zur Chronizität besitzt, lähmt ihn oder hindert ihn sogar völlig an der Ausübung seines Berufes. Sie zieht mehr oder minder grossen Arbeitsausfall nach sich und führt damit zu einschneidenden Einwirkungen auf das Familienleben und die Volkswirtschaft, ganz abgesehen von dem Aufwand an Behandlungskosten, die sie erfordert.

Auffallend hoch ist die Beteiligung der Jugendlichen unter 20 Jahren (53 von 475 der Gesamtfälle = 11 %, siehe Tabellen I u. II, bei den Frauen allein sogar 22 %, siehe Tabelle V). Die jüngsten unter ihnen sind 15 Jahre alt (5 Fälle). Die Schaffung des Begriffes „Jugendulcus", von dem man klinisch weiß, daß es einen hartnäckigen und oft heftigen Verlauf nimmt, öfter als alle anderen Ulcera zu Perforationen und Blutungen neigt und mit schweren periduodenitischen und perigastritischen Veränderungen einhergeht (Stokker[12]), Meltzer u. Graf[13]), erscheint deshalb auch nach dem statistischen Material gerechtfertigt, wenn man nicht die Ulcuskrankheit überhaupt als eine relative Jugenderkrankung bezeichnen will.

Es ist interessant festzustellen, daß nicht nur die Altersverteilung der Geschlechter voneinander verschieden ist, sondern auch zwischen Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni altersmäßige Unterschiede bestehen.

Tabelle VI.

Alterskurve: Männer und Frauen. Ulcus ventriculi — Ulcus duodeni ..... Fälle der Kassen.



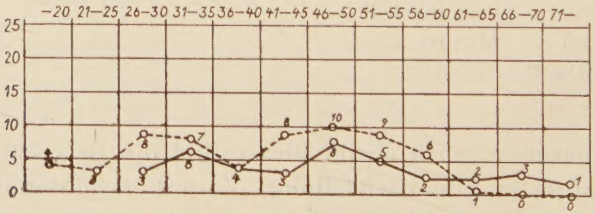


Tabelle VII.

Alterskurve: Männer und Frauen. Ulcus ventriculi — Ulcus duodeni ..... Fälle der Privatpraxis.

Wesentlich höher ist in Tabelle VI der Kurvenbeginn für das Duodenalulcus im Vergleich zum Magenulcus, steiler auch der Anstieg zum Gipfelpunkt, der dann um 5 Jahre früher als bei dem Magengeschwür erreicht ist. Grundsätzlich ähnlich ist der Verlauf der entsprechenden Kurve der Privatpraxis, wie Tabelle VII zeigt. Die Fälle bis zum 25. Lebensjahr sind hier alle Duodenalulcera. Die Kurve für das Duodenalgeschwür hat hier zu einem Zeitpunkt einen ersten Gipfelpunkt erreicht, bei dem die des Magengeschwürs erst einsetzt. Daß der zweite Gipfelpunkt bei dem 50. Lebensjahr liegt, ergibt sich aus der bereits erwähnten Beobachtung, daß das Erkrankungsmaximum dieses Krankengutes in das 5. Lebensjahrzehnt fällt und das Ulcus duodeni in ihm am stärksten vertreten ist. Es läßt sich weiterhin auch hier wieder die Feststellung machen, daß das Gesagte für die Geschlechter allein zutrifft, wie dies die Tabellen VIII u. IX für das Kassenkrankengut und die Tabellen X u. XI für die Fälle der Privatpraxis zeigen.

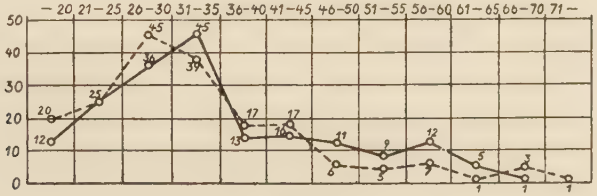


Tabelle VIII.
Alterskurve: Männer. Ulcus ventriculi — Ulcus duodeni .....
Fälle der Krankenkasse.

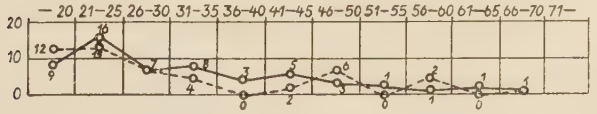


Tabelle IX.
Alterskurve: Frauen. Ulcus ventriculi — Ulcus duodeni .....
Fälle der Krankenkassen.

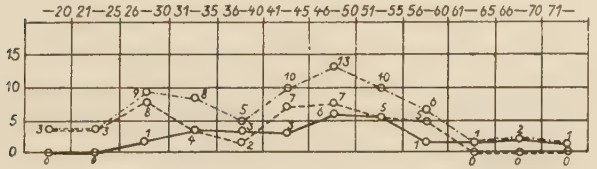


Tabelle X.
Alterskurve: Männer.
Ulcus ventriculi — Ulcus duodeni ..... Ulcus duodeni et ventriculi —.
Fälle der Privatpraxis.

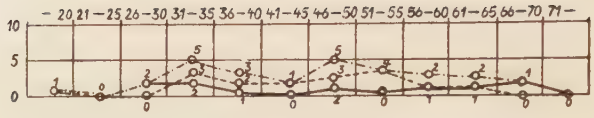


Tabelle XI.
Alterskurve: Frauen.
Ulcus ventriculi — Ulcus duodeni .... Ulcus duodeni et ventriculi .—.
Fälle der Privatpraxis.

Bei der Betrachtung über die Berufsverteilung eines statistischen Krankengutes ist es wichtig, daß man sich über seine Herkunft und Zusammenstellung ein klares Bild macht. Reine Zahlenangaben oder Aufzählungen führen sehr leicht zu einer einseitigen Beurteilung. Das Krankengut, daß mir zur Verfügung steht, stammt in der Hauptsache aus einer Bevölkerung mit vorwiegend landwirtschaftlicher und forstwirtschaftlicher Betätigung. In Marburg nimmt neben kleinen industriellen Betrieben (Tapeten- und Tabakfabrik, Ziegeleien) das Handwerk einen größeren Raum ein. Nach beruflicher Anordnung finden sich unter den Mitgliedern der Krankenkassen in erster Linie ungelernte Arbeiter und Hilfsarbeiter, die in Landwirtschaft und bei Waldarbeit, bei Bau- und Straßenarbeiten, bei Steinbruch- und Erdarbeiten überhaupt beschäftigt werden. Das hat man zu berücksichtigen, wenn man in dem vorliegenden Krankengut diese Berufe in der Mehrzahl vertreten findet. Sehr wertvoll sind in dieser Hinsicht die Fälle der Privatpraxis, die den Vergleich mit ganz anderen Berufsgruppen und mit einem völlig verschiedenen Milieu gestatten und vor einer einseitigen Beurteilung der Beobachtungen bewahren.

Die Frage, ob ein bestimmter Beruf das Ulcus begünstigt, ist immer wieder gestellt worden. Ihre Beantwortung ist nicht leicht im Hinblick auf die Tatsache, daß sie innerhalb auch eines Berufes von verschiedener Seite her beantwortet werden kann. Das zeigt die anfangs besprochene einschlägige Literatur, aus der allerdings doch wohl die meisten Stimmen eine direkte Begünstigung des Ulcusleidens durch die Arbeit unmittelbar ablehnen. Wenn Schellong eine ungeheure Häufigkeit des Geschwürsleidens unter den ostpreußischen Bauarbeitern feststellen konnte, so brachte er das weniger in Abhängigkeit von der Arbeit selber. Ebenso macht Castellani nicht die Beschäftigung an sich dafür verantwortlich, daß unter den Eisenbahnern Ulcera gehäuft auftreten.

Aber von dem Beruf eines Menschen sind in weitgehendem Maße seine Ernährungs- und Lebensgewohnheiten abhängig. Hier ist der Punkt, von dem aus eine Untersuchung über Beruf und Ulcusproblem ausgehen, zumindest eine stärkere Beachtung finden sollte. Es ist möglich, daß man damit in der Frage der Genese nicht allzu viel weiter kommen wird. Wesentlich erscheint mir aber diese Gegenüberstellung im Hinblick auf eine erfolgreiche Fortsetzung einer Ulcuskur und auf die Chronizität des Leidens. Sehen wir uns beispielsweise die Ernährung eines Straßenarbeiters genauer an, so stellen wir fest, daß er nach einer morgendlichen Brotmahlzeit bei manchmal nur viertelstündiger Pause seine Mittagsmahlzeit wieder als ein kaltes Essen aus der Faust, bestehend aus Wurst und Brot und einem Schluck aus der Kaffeeflasche, einnimmt. Kommt er nach einer 8—10 stündigen Arbeitszeit nach Hause, so bekommt er bestenfalls jetzt ein warmes Essen, das selten frisch bereitet, meistens vom Mittag her im Ofen warm gehalten wird. Sehr oft aber wird jetzt erst noch einmal Kaffee getrunken und erst abends um 8 Uhr mit der Familie zusammen eine warme Mahlzeit eingenommen. Nicht viel anders sieht es bei dem Waldarbeiter aus, den meist die weiten Wege zur Arbeitsstätte von dem Einnehmen der Hauptmahlzeit mittags zu Hause abhalten. Genau so verhält es sich bei dem Steinbrucharbeiter, auch bei den Bauarbeitern, wenn sie nicht zufällig im Heimatorte beschäftigt sind. Hinzu kommt, daß bei dem jungen Alter der Ulcuskranken die Zahl der Unverheirateten groß ist, sodaß die Ernährungsweise naturgemäß ungeregelter ist. Möglicherweise spielt auch in all diesen Kreisen der Tabakverbrauch eine erhebliche Rolle, wenn auch genaue Angaben darüber nicht gegeben werden können.

Alle diese Hinweise, wobei auf ein genaues Eingehen auf die Nahrungszusammensetzung und damit auf ihre Vollwertigkeit unter besonderer Berücksichtigung ihrer ein Ulcusleiden begünstigenden Momente verzichtet werden muß, lenken den Blick auf die Schwierigkeiten, auf die eine sachgemäße Einhaltung einer geregelten Schonkost in diesen Berufskreisen stößt. Und ohne eine bis in Einzelheiten vorgeschriebene Schonkost ist doch wohl der Erfolg einer Kur, die selbst ja, weil sie meistens in einer Klinik oder zumindest zu Hause bei Bettruhe durchgeführt wird, viel weniger Kopfzerbrechen bereitet, von vornherein in Frage gestellt. Nicht, weil ihm die Arbeit an sich

gefährlich werden könnte, sollte deshalb ein Arbeiter im Anschluß an eine beschwerdefreie Zeit nach einer Ulcuskur nicht gleich wieder in seine Arbeit geschickt werden, sondern weil sie ihn zwingt, eine Essensgewohnheit wieder aufzunehmen, die seinem Magen nicht zuträglich ist. Ich möchte hier eine der letzten Veröffentlichungen anführen, die diese Fragen erörtert. Peters[14]) richtet bei seinen Bemühungen um die Schaffung einer grundlegenden Behandlungsmethode der Ulcuskrankheit sein besonderes Augenmerk auf die Umweltbedingungen. Er glaubt, daß dem exogenen Faktor eine größere Bedeutung als dem endogenen beizumessen sei. Seine Untersuchungen machte er bei Bergarbeitern, die alle bei gleicher Arbeit auch die gleiche Nahrung zu sich nehmen. Es fiel ihm besonders auf, daß vorher beschwerdefreie Männer, die aus einer anderen Gegend an den neuen Arbeitsplatz und in die neuen Ernährungsverhältnisse herüber wechselten, jetzt bei der Umstellung auf die neuen Verhältnisse Ulcusbeschwerden bekamen. Auf seine weitere Folgerung, daß dies mit der Umstimmung und Veränderung eines gebahnten Nahrungsreflexes (vergleiche Pawlow) in Zusammenhang zu bringen wäre, ebenso auf seine Behandlungsvorschläge kann hier nur hingewiesen werden.

In den folgenden Tabellen ist eine Zusammenstellung der einzelnen Fälle nach Berufen vorgenommen, getrennt nach Geschlecht nnd getrennt auch nach ihrer verschiedenen Herkunft. (Tabelle XII und XIII zeigen die Krankenkassenfälle, Tabelle XIV und XV die Fälle der Privatpraxis).

Bei weitem stehen die Arbeiter an erster Stelle (180 von 371 Fällen, das sind rund 50%). Unter diesen Arbeitern der Tabelle XII befinden sich die Ungelernten und die Hilfsarbeiter zusammen mit den Erdarbeitern und Waldarbeitern und ebenso die Arbeiter der oben genannten industriellen Kleinbetriebe Marburgs. Neben diesen Arbeitern der verschiedenen Berufszweige spielen eine wesentliche Rolle eigentlich nur noch die Handwerker mit einem Hundertsatz von 26,1 (93 Fälle), die übrigen Berufe treten daneben völlig zurück. Die Fälle der Privatpraxis sind wesentlich ausgeglichener in ihrer Verteilung auf die Berufe. Die Tabelle XIII läßt eine besondere Bevorzugung eines Berufes in diesem Krankengut nicht erkennen. Vielleicht kann man sagen, daß der Mittelstand vorherrschend ist, wenn man nicht in ihm das Handwerk

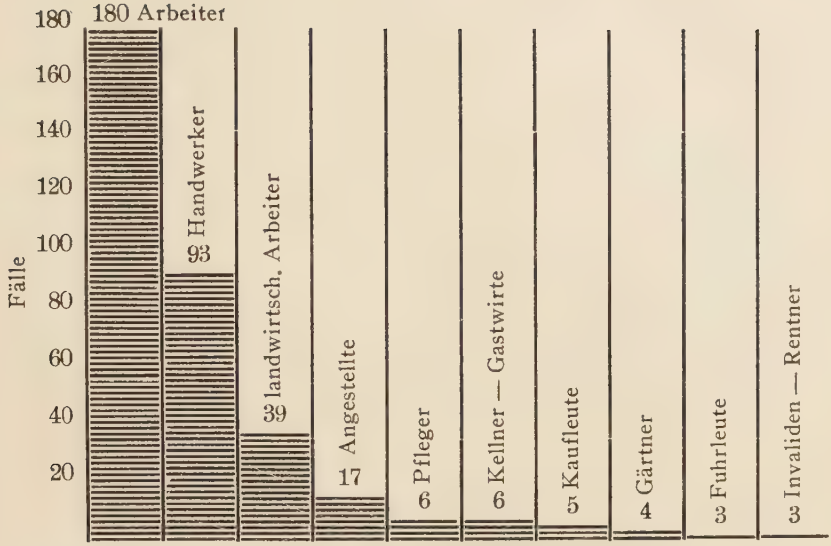


Tabelle XII.
Berufsverteilung bei den Männern der Krankenkassenfälle.

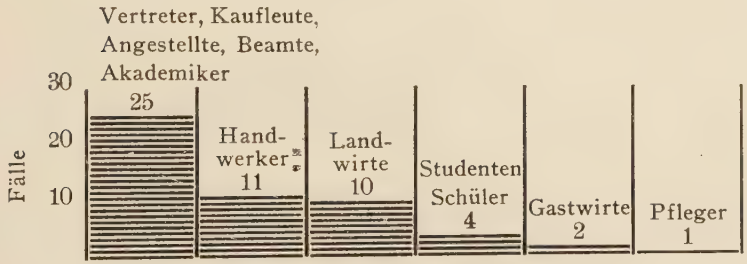


Tabelle XIII.
Berufsverteilung bei den Männern der Privatpraxis.

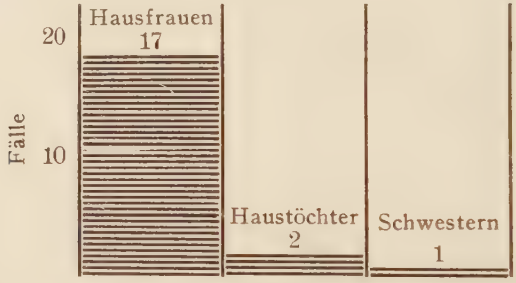
und den Bauernstand als besonders stark vertreten hervorheben muß; denn in Rubrik 1 der Tabelle entsteht durch die Zusammenfassung mehrerer in ihrer Lebenshaltung aber gleichgestellter Berufe der hohe Hundertsatz von rund 47 (25 von 53 Fällen),

Es bleibt die Tatsache, daß der Arbeiter und der Handwerker das große Kontingent der Ulcuskranken stellt. Der Vollständigkeit halber seien hier auch die Tabellen der Frauen gezeigt, die nicht das hohe Interesse der Männertabelle besitzen. Besonders hinweisen möchte ich aber doch auf die verhältnismäßig hohe Zahl

der ulcuskranken Dienstmädchen und Hausangestellten (Rubrik 1 der Tabelle XIV), die doch eigentlich geregelte Kostverhältnisse haben sollten.

Tabelle XIV.
Berufsverteilung bei den Frauen der Kassenfälle.

Tabelle XV.
Berufsverteilung bei den Frauen der Privatpraxis.



Ich möchte an dieser Stelle die Betrachtung des oben erwähnten unterschiedlichen Alterskurvenverlaufs der beiden Vergleichsgruppen nachholen. Die Kurve der Kassenfälle zeigt die ungeheure Bevorzugung der jungen Jahre, während die Kurve der Privatpraxisfälle ausgeglichener mit dem Gipfel im 5. Lebensjahrzehnt verläuft. Es ist wohl nicht daran zu zweifeln, daß wir den Grund hierfür in den Berufsverhältnissen und in der unterschiedlichen Lebenshaltung zu suchen haben. Setzt sich das eine Krankengut in der Hauptsache aus Arbeitern verschiedener Zweige und aus Handwerkern zusammen, so herrschen in dem anderen die Kaufleute, Beamten und Angestellten neben den Handwerkern und Landwirten vor. Eine besondere Altersberücksichtigung der Handwerker der Privatpraxis aber zeigt, daß auch die meisten von ihnen um 30 Jahre alt sind, wobei weiter zu berücksichtigen

ist, daß es sich bei ihnen in diesem Falle um die sozial besser gestellten Arbeitgeber handelt.

Aus dem Vergleich der beiden Krankengüter darf man wohl den Schluß ziehen, daß eine bessere und vor allem eine geregelte Lebenshaltung im Hinblick auf das frühzeitige Auftreten des Geschwürsleidens eine weitgehende Einwirkung im guten, verzögernden Sinne ausübt. Ebenso wenig, wie nach den rein statistischen Feststellungen auf nähere Einzelheiten eingegangen werden kann, muß auf allgemein gültige absolute Zahlenwerte dabei verzichtet werden.

Zusammenfassung

I. Die Ulcuskrankheit ist, wie sich aus den übereinstimmenden Angaben der Literatur und den statistischen Feststellungen ergibt, eine vorwiegende Männererkrankung.

II. Sie trifft das junge Alter, wobei sich eine Häufung im 30. Lebensjahr ergibt. Bei den jung Erkrankten findet sich verhältnismäßig sehr viel mehr das Geschwür des Zwölffingerdarms. Weiterhin läßt sich feststellen, daß die erkrankten Frauen wesentlich (etwa 10 Jahre) jünger sind als die Männer.

III. Der Begriff des Jugendulcus (Auftreten vor dem 20. Lebensjahr) läßt sich auch statistisch stützen.

IV. In der Berufsverteilung scheinen an weitaus erster Stelle Arbeiter der verschiedensten Beschäftigungsgruppen und Handwerker zu stehen.

V. Trotzdem darf man weniger die Arbeit an sich als die ungünstigen sozial-hygienischen Verhältnisse, insbesondere die Ernährungsweise, für die Unterhaltung der Ulcuskrankheit und auch für ihr frühes Auftreten in diesen Berufsschichten verantwortlich machen.

Herrn Prof. Dr. Klewitz danke ich an dieser Stelle für die Ueberlassung des Themas, für die wertvollen Anregungen und für die liebenswürdige Förderung und Unterstützung, die ich während meiner Praktikantenzeit in der Medizinischen Poliklinik Marburg durch ihn erfahren durfte.

Ich danke weiterhin den Herrn Leitern der Ortskrankenkassen von Marburg, Kirchhain, Biedenkopf und Gladenbach sowie der Landkrankenkasse des Kreises Marburg für ihr freundliches Entgegenkommen bei der Erfassung des Krankengutes.

Literatur

1. Kalk: Das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarms und das Geschwür des perforierten Magens. Verl. Urban u. Schwarzenberg.
2. Ehrmann: Ueber das Geschwür am Magen und Zwölffingerdarm. Med. Welt, 1932 II, S. 1413—1416.
3. Stursberg: Das Geschwür des Magens und Zwölfingerdarms als soziales Problem. Deutsch. Med. Wochenschrift 1938 II S. 1414—1415.
4. Pleimes: Die Verwendung vermindert Leistungsfähiger im Erwerbsleben. II. Der Magengeschwürskranke. Deutsch. Med. Wo. 1938 II, S. 1518—1520.
5. Duesberg: Ulcus ad pylorum und Arbeitspause. Statist. Erhebung. Med. Welt 1938, S. 595—597.
6. Schellong: Die Häufigkeit der Magengeschwürserkrankung bei (ostpreußischen) Bauarbeitern und ihre soziale Bedeutung. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1937, Bd. 34, S. 245—250.
7. Castellani: L'ulccera gastrica e dudenale nei ferrovieri (Das Ulcus gastro duodenale bei Eisenbahnern). Ref.: Kongreßzentralbl. 1936, Bd. 83, S. 531.
8. Davids, Daniel, T. and. A. T. Macbeth Wilson: Observations on the life-history of chronic peptic ulcer. (Beobachtungen über die Lebensgeschichte beim chronischen Ulcus pepticum) Roy. Tree Hosp., London, lancet 1937 II 1353—1360. Ref. K. Z. B. 1938 Bd. 94, S. 113.
9. Alsted: Studien über die Häufigkeit des Magengeschwürs. Die manifeste Geschwürsblutung. (Afd. B, Bispebjers Hosp. Kobenhavn). Nord. Med. Stockh.) 1939 157—162 u. engl. Zusammenfassung 161. (Dänisch) Ref. K. Z. B. 1939 Bd. 100 Hft. 7, S. 404.
10. Tammann u. Hugo: Die Altersverteilung des Alcus duodeni und sein Vorkommen bei Jugendlichen. Münch. Med. Wochenschr. 1937 II S. 1806—1807.
11. Mattisson: Das Magengeschwür. Ref. K. Z. B. 1931, Bd. 63, S. 814.
12. Stocker: Die Stellung des Jugendulcus in der Klinik des peptischen Geschwürs und Therapie. Archiv. Klin. Chir. 176, 86—97 (1933
13. Meltzer u. Graf: Bruns Beiträge 164/1
14. Peters: Beitrag zur Behandlung des Magengeschwürs. Münch. Med. Wochenschrift 1939 Heft 32, S. 1222.

Lebenslauf

Geboren bin ich am 29. 12. 11 als drittes von 6 Kindern des Volksschullehrers Siefke Kunstreich und dessen Ehefrau Gerhardine geb. Janssen in Westochtersum (Ostfriesland). In meinem Heimatorte besuchte ich bis zu meinem 14. Lebensjahr die Volksschule und durchlief dann das Mariengymnasium zu Jever (Oldenburg) von der Tertia bis zur Prima. Reifeprüfung Ostern 1932.

Anschließend studierte ich zu Marburg Medizin und legte am 8. 8. 34 hier die ärztliche Vorprüfung ab. Nach einer Unterbrechung des Studiums durch die Ableistung eines freiwilligen Dienstjahres bei dem 5./I. R. Croßen (29) in Croßen a. d. Oder studierte ich im Wintersemester 1935 in Freiburg weiter, von wo ich nach einem weiteren Semester in Tübingen im Herbst 1936 wieder nach Marburg zurückging. Hier bestand ich am 17. 12. 1938 das Staatsexamen Seit dem 11. 1. 1939 bin ich als Praktikant in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Marburg beschäftigt.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Marburg:

Alverdes, Baumann, Becher, Clausen, Dabelow, Dittler, Enke, Förster, Göppert, Gremels, Grüneisen, Grüter, Jaeck, Jakobshagen, Kehrer, Kestermann, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Kutscher, Laubender, Loebell, Meerwein, Mondry, Nauk, Neumann, Pfannenstiel, Ruete, Schwenkenbecher, Strecker, Uffenorde, Versé, Wiskott.

in Freiburg:

Aschoff, Eitel, Hauptstein, Jahn, Keller, Killian.

in Tübingen:

Dietrich, Koch, Mayer, Schwarz, Tausch, Usadel.